Rok XXVII. Kraków, 30 Czerwca 1888. Nr. 26.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiers drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	**w Austryi** 8 złr. 80 ct.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 14 mk.	**we Francyi** 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Osteodermoplastyczna amputacyja stopy.

Podał

Prof. Dr. Rydygier w Krakowie [1]).

Wrzody podudzia zajmują niestety czasem tak wielką przestrzeń i tak głęboko wnikają w samą kość, że jedyną drogą do ich usunięcia jest amputacyja podudzia. Naturalnie chorzy tacy muszą po wyleczeniu używać szczudła i są narażeni na wszystkie niedogodności ztąd wynikające. W obec wrzodów nie zajmujących zbyt wielkiéj przestrzeni możnaby jeszcze myśleć o wypiłowaniu w ciągłości obu kości podudzia, na ten cel jednak musiałby być jeszcze utrzymany dostateczny kawałek skóry i części miękkich z naczyniami zdolnemi do odżywiania dolnego odcinka, a wrzód nie powinien sięgać do okolicy stawu skokowego. Wypiłowania w ciągłości dokonał pierwszy Jasiński [2]) w r. 1880 u chorego, u którego po złamaniu kości podudzia, połączoném z znaczném zniszczeniem części miękkich, powstała po zrośnięciu się kości w skórze i mięśniach łytkowych znaczna gwiazdowatego kształtu blizna, uniemożliwiająca choremu posługiwanie się tą odnogą. W skutek tego obrażenia wystąpiło przykurczenie odnogi dolnéj w kolanie i stopa przybrała położenie stopy końskiéj. Po wypiłowaniu w ciągłości kawałków kości goleniowéj i piszczelowéj chory został wyleczony kosztem skrócenia odnogi o 5—6 cm.

Löbker [3]) wypiłował w r. 1884 5 cm. długi kawałek kości łokciowéj i sprychowéj w celu złączenia znacznie od siebie po dawniejszém obrażeniu oddalonych odcinków mięśni, ścięgien i nerwów.

Martel [1]) zastósował w r. 1885 to samo leczenie po złamaniu kości podudzia, połączoném z znaczném zniszczeniem części miękkich i osiągnął wynik dobry, choć skrócenie wynosiło więcéj niż 8 cm.

Fig. I.

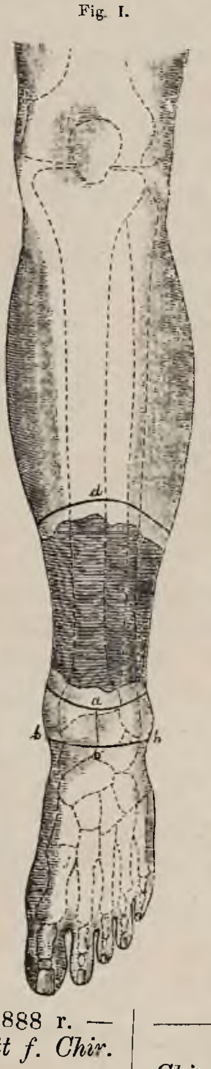


Fig. II.

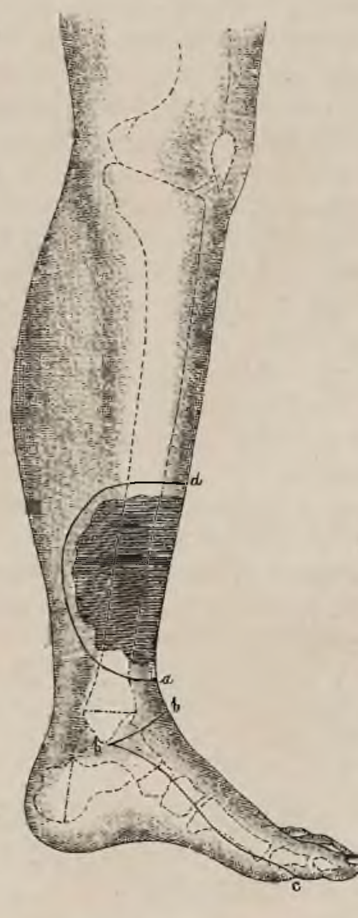
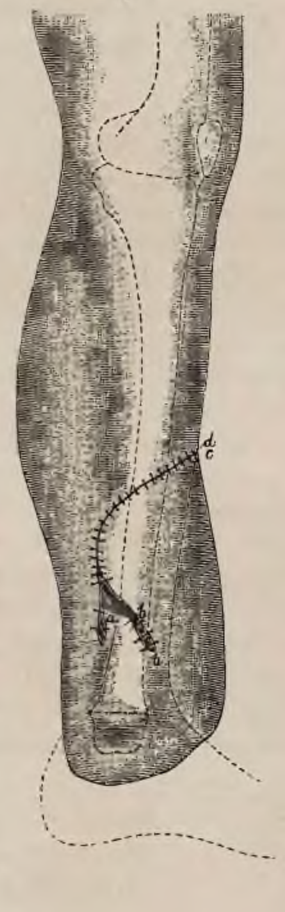


Fig. III.



[1]) Według wykładu mianego w 3 dniu posiedzeń XVII Zjazdu Chirurgów niem. w Berlinie 1888 r. — [2]) *Gazeta Lekarska* 1886, p. 1059. — [3]) *Centralblatt f. Chir.* 1884, Nr. 50.

[1]) *Gazette médicale de Paris.* 1886. ref. w *Cent. f. Chir.* 1886, Nr. 42.

Mimo to pozostaną jeszcze owrzodzenia rozległe podudzia, w obec których tego wszystkiego zastosować nie można, lecz trzeba było dotąd uciekać się do amputacyi podudzia. Aby tego uniknąć, zastosowałem w odpowiednim przypadku postępowanie, które załączone rysunki przedstawiają: (fig. 1, 2 i 3 str. 349). Byłto przypadek bardzo rozszerzonego i tak głęboko w kość drążącego wrzodu, że przy oczyszczaniu jego dna ostrą łyżeczką i dłutem doszliśmy aż do szpiku kostnego.

W tym rozpaczliwym przypadku wykonałem amputacyję stopy sposobem nowym, stanowiącym modyfikacyję sposobu Pirogowa: zamiast jego cięcia strzemiennego wykroiłem z całéj podeszwy aż do palców płat gruby z mięśni i skóry, jak to dokładniéj widać na ryc. 2 (*b c*), któryto płat obrócony ku górze miał następnie po oczyszczeniu dna wrzodu i odświeżeniu brzegów służyć do pokrycia ubytku (cfr. ryc. 3). Pomiędzy dolnym brzegiem wrzodu a cięciem poprowadzoném przez grzbiet stopy pozostawał jeszcze mostek skóry (fig. 1), który trzeba było usunąć, zanim się płat podeszwowy do góry uniosło. Mostek ten przeciąłem w środku w kierunku prostopadłym (fig. 1 *a b*), następnie obie połowy odpreparowałem od środka do podstawy i użyłem tych płatów do pokrycia bocznych części wrzodu, których płat podeszwowy nie był w stanie przykryć (cfr. ryc. 3).

Płat podeszwowy utrzymywał się prawie cały, tylko mała przestrzeń tuż przy brzegu uległa obumarciu; wyżéj jednak wspomniane płatki boczne zupełnie obumarły tak, że w tych miejscach musiała się rana zagoić przez wytworzenie blizny, przez co czas leczenia znacznie się przedłużył. Tę niepomyślną okoliczność muszę przypisać złemu odżywieniu chorego i daleko sięgającym zmianom miejscowym; sądzę, że się to chyba bardzo rzadko zdarzy, żeby płaty tak niewielkie, z tak szeroką podstawą miały uledz obumarciu. Chory jest na wyleczeniu i już teraz można widzieć, że będzie mógł na swym kikucie bardzo dobrze chodzić, a duży płat podeszwowy będzie go zupełnie chronił od powrotu wrzodu. Keetley zastosował przeszłego roku w celu leczenia wrzodu podudzia podobny sposób, mianowicie zmodyfikował odpowiednio amputacyję stopy Symego. Mój jednak sposób zdaje mi się być daleko odpowiedniejszym, gdyż po nim jest 1) skrócenie odnogi mniéj znaczne, 2) niebezpieczeństwo obumarcia płatu podeszwowego bez porównania mniejsze, co tu jest najważniejszém. Przecież nawet przy zwykłéj amputacyi Symego odżywienie krótkiego płatu piętowego z powodu wyłuszczenia kości piętowéj jest znacznie upośledzone, tu więc będzie tém trudniejsze odżywienie długiego płatu podeszwowego. I rzeczywiście zdarzył się Barączowi [1]), który operował metodą Keetleya, taki nieszczęśliwy przypadek, że cały płat podeszwowy obumarł.

W końcu uważam sobie za miły obowiązek podziękować p. Drowi Gabryszewskiemu, elewowi naszéj kliniki, za dołączone, wzorowo wykonane ryciny.

II. Krótki pogląd na rozwój antiseptycznego traktowania ran i sposób ich leczenia w klinice chirurgicznéj krakowskiéj w obecnéj chwili.

Podał
Dr. Aleksander Bossowski,
I. Asystent téjże kliniki.

Rozgłośne i znakomite postępy, jakie poczyniła chirurgija operacyjna ostatniego dziesiątka lat, przypisać należy przeważnie udoskonalonemu sposobowi leczenia i zaopatrywania ran. W niedostępne przedtém jamy i narządy bezkarnie zanurza się dzisiaj nóż i ręka chirurga, nietykalne według odwiecznych pojęć śmiało otwiera trzewa, zewsząd wynosząc zasłużone przeświadczenie o własnéj przewadze i to zarazem ugruntowane przekonanie, że często pomoc będzie skuteczną, a wyjątkowo tylko przyniesie choremu szkodę. I ciągle wyżéj, — bo duch ludzki nie zna spoczynku — biegnie myśl wytężona nowych szukając horyzontów; coraz to świeże zakreśla cele i stwarza zarazem środki do ich osiągnięcia. Uśpione poczuciem tak długiéj i hańbiącéj bezwładności siły burzą się: zrzucając gniotące okowy starych przesądów i przestarzałych wyobrażeń. Niezawodząca droga jasna wykuta w kamieniu probierczym bezpośredniego doświadczenia służy dzisiaj za przewodnika i widno, że krok jeszcze jeden tylko dzieli od najśmielszych marzeń i niemarzonych przedtém zdobyczy.

Genijalny twórca racyjonalnéj antiseptyki Lister niespożyte położył zasługi przez utorowanie drogi, któréj celem przewodnim raz na zawsze wytkniętym i nieodmienną nigdy zasadą pozostanie przedewszystkiem ochrona rany od zakażenia, a w razie gdyby to nastąpiło, zniweczenie zarazków tak, aby zabezpieczyć niezamącony niczem okres gojenia. Lister wyrozumował, gdzie i w czém szukać należy niebezpieczeństwa dla rany i wierny powziętéj myśli ulepszył metodę swoją przekonany o słusznych jéj podstawach. Zwolna i nie bez oporu zdołał wywalczyć sobie uznanie sposób podany przez niego, gdy z przyswojeniem sobie metody i wyrobieniem techniki zyskiwano coraz lepsze rezultaty. A w miarę, jak rosło zajęcie się około nowéj metody leczenia ran, nietylko obeznani z jéj zasadą, ale i mniéj powołani do tego kwapili się z czynieniem w niéj zmian. W każdym razie idea postępowania Listera wniknęła głębiéj w umysły, dając pobudkę do dalszéj pracy w tym kierunku. Poszczególne składniki skomplikowanego opatrunku wyrugowano w zupełności lub zastąpiono innemi, jużto celem wzmocnienia jego wartości antiseptycznéj, już to w celu uproszczenia jego składu lub obniżenia kosztów, które za sobą pociągał. Długi szereg środków antiseptycznych, albo uchodzących za takie, przesunął się przez ręce chirurgów, a powódź ta właśnie dowodzi, że żaden z nich nie odpowiada bezwzględnie wszelkim wymogom. Prawie każdy z chirurgów obierał pewien środek, który najwięcéj dogadzał stosunkom jego zakładu lub osobistemu upodobaniu i odpowiednio do niego wprowadzał odmiany mniéj lub więcéj szczęśliwe w pierwotném postępowaniu Listera.

Najwięcéj rozgłosu pozyskał jodoform, zastósowany najpierw przez Mosetiga w chirurgii, za którego przykładem poszli Billroth, Mikulicz, Gussenbauer i inni. Rozliczne i cenne zalety jodoformu, podnoszone bałwochwalczo przez gorących jego zwolenników, nie mogły pozostać bez rozbudzenia uwagi innych, uchylenie za jego wpływem niedostatków i zaburzeń z innych środków wynikłych zachęcało dość chirurgów, nietających bynajmniéj, że znana dotąd antiseptyka nie zadawala ich w zupełności. Nie długi jednak był okres rozkwitu i przemożnego opanowania tym środkiem każdéj rany bez wyjątku. Groźne objawy otrucia, których liczba wzrastała z chwilą rozleglejszego użycia jodoformu, z poważnych stron odzywające się głosy co do wartości jego, jako *antisepticum*, budzące się wreszcie wątpliwości co do swoistego wpływu jego na gruźlicę, zachwiały

[1]) *Przegl. Lek.* 1887, Nr. 6.

przesadną bezsprzecznie wiarę w ogólne jego zastósowanie, odstraszyły nowych zwolenników, bezwzględnym jego wielbicielom nakazały pewne umiarkowanie.

Odkąd Robert Koch, na podstawie udoskonalonéj przez się metody badania i hodowli bakteryj, poddał próbie doświadczalnéj szereg środków już dotychczas w praktyce chirurgicznéj użytych, lub w ogóle do odwietrzania służących, uwydatniła się jasno różnica, jaka zachodzi pomiędzy środkiem niweczącym żywotność mikroorganizmów, *desinficiens*, a powstrzymującym jedynie ich rozwój, *antisepticum*.

Z doświadczeń Kocha wynika, że kwas karbolowy w rozczynie 5% rozwija działanie desinfekcyjne, przeciw najoporniejszym nawet formom bakteryj, w rozczynach zaś słabszych powstrzymuje tylko ich rozwój. Sublimat jest najskuteczniejszym, bo już w rozczynach 1: 5000 wywiera wpływ zabójczy na mikroorganizmy. Woda chlorowa, rozczyny wodne jodu, rozczyny bromu 2%, rozczyn 5% *kali hypermang.*, już po krótkiem działaniu niszczą żywotność pasorzytów wąglika. Kwas borowy, salicylowy, kamfora, wywierają bardzo słaby wpływ na formy zarodnikowe, natomiast na prątki wąglika działają podobnie, jak słabe rozczyny kwasu karbolowego 1: 1250.

Rezultat powyższych doświadczeń tak wymowne złożył świadectwo na korzyść sublimatu, iż nie dziw, że z têm większą otuchą przyswoiła go sobie niemała liczba chirurgów, gdy kwas karbolowy 5% zanadto silnie drażniący ranę i maltretujący ręce chirurgów, sprowadzał nadto dość częste zwłaszcza u dzieci zatrucia mniéj lub więcéj groźne dla życia chorego. Za Bergmanem i Schedem, (z których ten ostatni zniewolony niekorzystném przebiegiem gojenia się ran w świeżo przez siebie objętym oddziale szpitala hamburgskiego porzucił pierwotny sposób Listera, wyłącznie dotąd od lat wielu i to z bardzo pomyślnym skutkiem praktykowany) poszła znaczna część chirurgów, zwłaszcza tych, którym liczyć się przyszło z niefortunném i nieodpowiadającém wymogom higijeny urządzeniem zakładów, gdzie przeto spotęgowanie siły desinfekcyjnéj z góry było wskazaném. Nie zawiódł sublimat oczekiwań pod względem aseptycznego przebiegu ran; przy szerszém zastosowaniu wykazały się przecież szkodliwości, których jednak przez zachowanie pewnéj ostrożności nie trudno uniknąć. Zatrucia przydarzające się przy rozległych powierzchniach rannych i po użyciu mocniejszych rozczynów tego środka, przy obecności zwłaszcza ran jamistych, gdzie pewna ilość rozczynu zostaje w ranie i ulega wessaniu, wypryski powstające dość rzadko na delikatnéj skórze i czasem na rękach operujących, wreszcie, jak doniesienia z ostatnich czasów wskazują, białkomocz pojawiający się u lekarzy stale posługujących się sublimatem do desinfekcyi rąk, stanowią ujemną stronę tego środka, będącego bezsprzecznie najdzielniejszym zresztą preparatem desinfekcyjnym.

Z pierwotnego sposobu Listera przy leczeniu ran najdłużéj oparły się zamachom sączki, mające zapewnić swobodny odpływ wydzielinie przyrannéj.

Spray ustąpił miejsca zlewaniom. Ceratka chroniąca bezpośrednio ranę (*silk protective*) od drażniącego wpływu opatrunku karbolowego, z chwilą, gdy tenże zamieniony został na inny, straciła racyję bytu. Kosztowny mul karbolowy rychło tracący swe własności antiseptyczne z powodu ulatniania się kw. karbolowego zastąpiono kilku warstwami gazy sublimatowéj, jodoformowéj, salicylowéj itd., dodając jako opatrunek zewnętrzny pokłady waty, juty, worków z mchem, trocinami, piaskiem, popiołem, włókna i wełny drzewnéj, materyjałów nasycanych środkami antiseptycznemi lub wolnych od wszelkiéj przeróbki. Nieprzemakalna osłona zewnętrzna, Makintosh, została również wykluczona, odkąd z udoskonaleniem opatrunku oceniono należycie jego własności wsysania wydzieliny przyrannéj.

Nawet żarliwi zwolennicy jodoformu, przypisujący mu bezwzględną siłę zapewnienia ranie *asepsis*, nawołują do założenia sączków i potępiają ich pominięcie. Uzasadniona zresztą obawa o możliwy rozkład wysączonéj i zatrzymanéj w ranie wydzieliny nie pozwalała wyrzec się drenowania, tego nieodzownego złego, które mąciło najidealniejszy często przebieg gojenia się rany pozostawieniem długo ropiejących przetok. Nieodłączna od założenia sączków i rychła zmiana pierwszego opatrunku (w każdym razie zbyt często i rychło bez potrzeby dokonywana), niepokojenie rany świeżéj w pierwszych zaraz dniach, a częstokroć nawet godzinach, gdy zupełny spokój należałoby jéj zapewnić, nie obiecywały na długo ślepego poddania się losowi, lecz zniewalały do szukania drogi, któraby wyzwoliła z fatalnéj téj iście konieczności.

Volkmann pierwszy zauważył, że krew pod opatrunkiem Listera nie rzadko wolną zostaje od rozkładu i skreślił charakterystyczne zmiany, którym ulega w tych razach skrzep krwi wypełniający ranę. To zachowanie się skrzepów krwi w przypadkach zwłszcza osteotomij, gdzie skrzep leży jako płaski, skurczony strup barwy skórzastéj lub pomarańczowéj na powierzchni rany, dało pochop Volkmannowi do nazwania téj formy wyleczenia się rany, gojeniem pod strupem. Spostrzeżenie Volkmanna nie zwróciło zrazu uwagi innych, a on sam nie zrobił z niego dalszego użytku.

Neuber starał się zrazu odwlec częstą zmianę opatrunku przez zakładanie sączków z odwapnionéj kości „ulegających wessaniu“. Sposób ten jednak nie zadowolił, bo sączki takie zbyt wolno podlegały resorpcyi, a zalegając długo w ranie pobudzały ją do wydzielania.

Kocher usunął w zupełności sączki i rany mniejsze leczył używając rozczynu bismutowego, który ograniczał wydzielinę przyranną i opatrunku uciskającego. Do ran większych zastosował szew następowy, zakładany po 12—24 godzinach, w czasie których rana wytamponowana była gazą napełnioną rozczynem bismutu i pod wpływem tegoż przestawała wydzielać. Rezultaty, jakie Kocher osiągnął, były świetne i zachęcały do dalszych prób. (C. d. n.)

III. Mięsak kości ramieniowéj. Odjęcie całéj odnogi górnéj wraz z łopatką i częścią obojczyka. Wyleczenie.

Podał Dr. Sondermayer,
Asystent kliniki chirurg.

W bieżącym roku szkolnym miałem sposobność spostrzegać w klinice chirurgicznéj a za łaskawém upoważnieniem prof. Rydygiera i operować przypadek mięsaka kostnego wychodzącego z górnéj części ramieniowéj. Z powodu znacznego rozszerzenia się nowotworu, zwłaszcza w mięśniach podłopatkowych, byłem zmuszonym w tym przypadku odjąć całą górną odnogę, wyłuszczyć łopatkę i odpiłować część obojczyka. Ze względu na nieliczne przypadki tych operacyj postanowiłem z upoważnienia czcigodnego mego szefa przypadek ten ogłosić.

Dnia 22 marca br. zgłosiła się do naszéj kliniki M. B., 44-letnia wieśniaczka z Suchy, podając że z początkiem stycznia b. r. idąc po lodzie upadła na bok, uderzyła się w bark

prawy i od tego czasu ręką ruszać nie może. Poprzednio chora zupełném cieszyła się zdrowiem i w barku żadnych dolegliwości nie doznawała. Ponieważ zabiegi domorosłego chirurga „naprawienia ręki“ żadnego skutku nie odniosły, ruchy odnogi wciąż były niemożebne a obrzęk coraz bardziéj się zwiększał, chora przybyła do kliniki chirurgicznéj z prośbą o pomoc. Badanie dokonane w dniu przyjęcia wykazało następujący obraz niemocy. Kobieta licho zbudowana i odżywiona nie okazuje w narządach wewnętrznych zmian żadnych, oprócz objawów nieżytu w szczycie płuca prawego. Bark prawy obrzękły do wielkości główki noworodka, obrzęk zajmuje przednią zewnętrzną i tylną stronę stawu, najwybitniéj jednak poniżéj *acromion.* Skóra ponad obrzękiem prawidłowa, żyły skórne nieco porozszerzane. Obrzęk bolesny, elastyczny, na szczycie poniżéj *acromion* wykazać można chełbotanie. Ciepłota ponad obrzękiem prawidłowa. Pod pachą obrzęku nie ma, czuć ciało twarde, okrągłe, przy ruchach ramienia niezbyt wyraźnie się poruszające. Przy ucisku na obrzęk poniżéj *acromion* chełbotania pod pachą wyczuć nie można. Ruchy czynne odnogą górną zupełnie zniesione, bierne w nieznacznym zakresie możebne i bardzo bolesne. Wkłócie próbne w miejscu chełbotania wykonane wykazało, iż igła wchodzi do jamy, na dnie któréj leży kość obnażona, chropowata; w cieczy zaś wydobytéj znaleziono pod mikroskopem czerwone ciałka krwi z nieznaczną domieszką białych. Po zanarkotyzowaniu choréj stwierdzono w górnéj części kości ramieniowéj tuż poniżéj główki nieprawidłową ruchomość i trzeszczenie kostne.

Na podstawie tego badania rozpoznaliśmy sprawę chorobową tylko z prawdopodobieństwem. Brak wypuklenia i chełbotania pod pachą pozwalał wykluczyć zajęcie stawu. Należało więc tylko rozstrzygnąć, jakiéj przyrody jest złamanie kości ramieniowéj i czy obrzęk w okolicy stawu stoi w związku z tém złamaniem, czy téż zupełnie odrębną sprawę chorobową przedstawia. Rozszerzone żyły podskórne, krew wydobyta przy nakłuciu, miejsce złamania przemawiały najwięcéj za nowotworem i to mięsakowym, wychodzącym z kości ramieniowéj; z drugiéj jednakże strony należało pamiętać także o zapaleniu torebki pod mięśniem barkowym leżącéj i równoczesném złamaniem zupełnie zdrowéj kości, jak również o sprawach zapalnych przewlekłych saméj kości z oddzieleniem nasady, przeciw którym jednak przemawiały przedewszystkiém wywiady, wiek choréj, brak ropy w cieczy wydobytéj przy wkłóciu a poniekąd także brak objawów zajęcia stawu.

Z rozpoznaniem więc tylko prawdopodobném przystąpiłem dnia 23 marca do operacyi. Po zanarkotyzowaniu choréj i dokładném oczyszczeniu pola operacyjnego za pomocą mydła, brzytwy i rozczynu sublimatu 1‰ rozpocząłem operacyję cięcięcia resekcyjnego Langenbecka, aby z tego cięcia w danym razie módz wyłuszczyć także całe ramię. Cięcie poprowadziłem od przedniego brzegu *acromion* na jakie 10cm. ku dołowi przecinając warstwowo skórę, tkankę podskórną i mięsień barkowy. Po przecięciu mięśnia pokazała się masa żółtawa, krucha, jakeśmy się późniéj przekonali, stare skrzepy krwi; po wydobyciu ich pokazała się kość ramieniowa złamana w okolicy szyjki chirurgicznéj, miejsce złamania rozmiękłe, otoczone tkanką szarawą szerzącą się również w głąb pomiędzy mięśnie. Po przecięciu torebki stawowéj przekonaliśmy się, że torebka była zupełnie nienaruszoną a główka zupełnie zdrowa w prawidłowém miejscu leżała. Ścięgno długie mięśnia dwugłowowego również zajętém nie było. Obecnie rozpoznanie było pewném; przekonaliśmy się, że mamy do czynienia z nowotworem wychodzącym z kości ramieniowéj i to, jak na prędce zrobiony preparat stwierdził, z mięsakiem wrzecionowato komórkowym. W obec tego rozpoznania wybór zabiegu operacyjnego nie był trudnym; należało tylko rozstrzygnąć, czy wyłuszczenie saméj odnogi górnéj wystarcza, czy téż należy wyłuszczyć jeszcze i łopatkę. Dla stwierdzenia, jak daleko szerzą się masy nowotworowe, resekowałem kawałek kości ramieniowéj a przekonawszy się, że głównie mięśnie podłopatkowe są zajęte, zabrałem się do wyłuszczenia odnogi górnéj wraz z całą łopatką. Metody użyłem Langenbecka. Za pomocą dwóch cięć, jednego ciągnącego się wzdłuż górnego, drugiego wzdłuż wewnętrznego brzegu łopatki utworzyłem trójkątny płat skórny o podstawie na zewnątrz leżącéj. Cięcie górne poprowadziłem tak daleko na zewnątrz, iż zeszło się z górnym końcem pierwotnego cięcia resekcyjnego. Z obawy, aby nic schorzałego nie pozostawić, zabrałem tylko samą skórę bez powięzi. Po oddzieleniu tego płatu skórnego otworzyłem najpierw staw łopatkowo obojczykowy, następnie przeciąłem mięśnie przyczepiające się do górnego brzegu i do grzebienia łopatki (*cucullaris* i *omohyoideus)* a wreszcie mięśnie przyczepiające się do wewnętrznego brzegu łopatki, m. rombowy i m. podnoszący kąt łopatki; wszystkie o ile możności jak najdaléj od niéj. Naczynia, jak tętnicę grzbietu łopatki w górnym wewnętrznym kącie, tętnicę poprzeczną łopatki na więzadle poprzeczném chwyciłem i podwiązałem przed przecięciem ich, inne zaraz po przecięciu tak, iż chora nie wiele krwi straciła. Podniósłszy teraz lewą ręką wewnętrzny brzeg łopatki ku górze, odciąłem mięsień piłowaty przedni jak najbardziéj ku przodowi. Przyczepiny mięśni dwu- i trójgłowowego oddzieliłem od dołu stawowego, mięśnie piersiowy mniejszy i kruczobarkowy od wyrostka wroniastego i w ten sposób zwolniłem łopatkę tak, iż teraz tylko za pomocą głównych naczyń i nerwów w związku z odnogą pozostawała. Od szczytu cięcia resekcyjnego na jakie 5cm. poniżéj poprowadziłem teraz na ramieniu dwa cięcia pod kątem ku dołowi się rozchodzące a schodzące się na wewnętrznéj powierzchni ramienia w linii kolistéj. Podczas gdy asystent palcami wielkie naczynia uciskał, przeciąłem w kierunku tego cięcia skórnego od razu naczynia, nerwy i pozostałe jeszcze mięśnie przyczepiające się do kości ramieniowéj, m. piersiowy większy i barkowy i w ten sposób usunąłem odnogę górną i łopatkę. Ucisk był należyty, chora prawie wcale nic krwi teraz nie straciła. Po podwiązaniu naczyń usunąłem jeszcze kilka gruczołów w okolicy tychże usadowionych, gdyż były powiększone i szaro zabarwione. Po przestrzykaniu rany rozczynem sublimatu 1‰ zespoiłem ranę w zupełności za pomocą kilkunastu szwów węzełkowych katgutowych. Sączków nie założyłem. Opatrunek zwykły sublimatowy lekko uciskający; pod obojczykiem znacznie ku przodowi wystającym wywarłem za pomocą tamponika gazowego ucisk nieco większy, aby zapobiedz znaczniejszemu nagromadzeniu się krwi.

Chora zniosła cały zabieg wyśmienicie, przebieg choroby po operacyi był zupełnie prawidłowy. Pierwszego dnia znaczniejsze osłabienie, wymioty, następnego stan ogólny już zupełnie dobry. Ciepłota przez cały czas niepodwyższona. W trzy tygodnie po operacyi, t. j. 13 kwietnia, opatrunek po raz pierwszy zmieniłem; ranę znalazłem zgojoną przez rychłozrost, płat jednak pokrywający koniec obojczyka obumarł, prawdopodobnie z powodu znaczniejszego ucisku. Skoro się część obumarła oddzieliła, powstał ubytek wielkości dłoni dziecięcéj, czysto granulujący, w środku którego sterczał również ziarniną pokryty koniec obojczyka. Aby wyleczenie przyspieszyć, wypiłowałem 20 kwietnia trzecią część zewnętrzną obojczyka a następnie po odświeżeniu brzegów ubytku zespoiłem je za pomocą kilku szwów węzełkowych. I tym razem przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy, chora nie gorączkowała; a gdy w trzy tygodnie późniéj opatrunek zmieniono, rana w całości przez rychłozrost była zgojoną. Chora opuściła nasz zakład 21 maja zupełnie zdrowa bez śladu przerzutów lub téż powrotu choroby. Badanie anatomiczne wyciętego nowotworu stwierdziło nasze rozpoznanie, mieliśmy do czynienia z mięsakiem wrzecionowato-komórkowym wychodzącym z okostnéj a zajmującym już kość samą, szpik kostny, jak również mięśnie zwłaszcza łopatkowe. Rodzaj nowotworu wrzecionowato-komórkowy i wiek choréj pozwalają nam względnie lepiéj rokować aniżeli w przypadkach mięsaków olbrzymiokomórkowych i osób młodych.

Zajmującym pod względem klinicznym jest ten przypadek ze względu na zabieg operacyjny, jakiego musieliśmy użyć. Operacyję tę dotychczas dość rzadko wykonywano. Według statystyki Giessa[1]) wykonano dotychczas 23

[1]) *Deutsch. Zeitschrift f. Chirurgie*, T. XII, 1880, str. 564.

razy odjęcie całej odnogi górnej wraz z łopatką i częścią obojczyka a doliczywszy do tego przypadki Thierscha[1]), Obalińskiego[2]), Madelunga[3]) i nasz mamy razem 27 przypadków. Operacyję tę wykonano 10 razy z powodu znacznych obrażeń okolicy stawu barkowego (postrzały, zmiażdżenia maszyną), 5 razy z powodu raków, 6 z powodu mięsaków, 5 razy z powodu chrzęstniaków, w jednym przypadku wskazanie do operacyi nie jest podaném. W 18 przypadkach nastąpiło wyleczenie (6 umarło późniéj z powodu przerzutów lub powrotu choroby), w 7 nastąpiła śmierć, 1 przypadek w czasie ogłoszenia był w leczeniu, o jednym zaś nie ma wzmianki, z jakim wynikiem był operowany.

W chwili ukończenia powyższego artykułu spotykam w ostatnim numerze *Deutsche med. Wochenschrift* sprawozdanie z posiedzenia wolnego związku chirurgów berlińskich[4]), na którém prof. Adelmann podaje nową statystykę téj operacyi. Według niego 67 przypadków było dotychczas operowanych i to 14 przypadków z powodu urazów, 3 przypadki z powodu pruchnienia kości, 50 z powodu nowotworów. Na 14 przypadków z powodu urazów jest 9 wyleczeń, 5 śmierci; 3 przypadki z powodu pruchnienia kości, wszystkie pomyślnie się zakończyły; z 50 przypadków nowotworów tylko 24 jest wyleczeń. O ile z krótkiego sprawozdania wnosić można, Adelmann z tego powodu podaje większą ilość przypadków, że w statystyce swéj uwzględnia także przypadki, gdzie nie w jedném posiedzeniu lecz w kilku dopiero (2 razy npaż w 6) dokonano całkowitego wyłuszczenia ramienia, łopatki i obojczyka.

IV. Transplantacyja jelit według pomysłu Nicoladoniego.

Podał **Dr. Gross**, elew kliniki chirurg.

Kiedy w listopadzie r. z. Nicoladoni (*W. med. Presse*, 1887, Nr. 50) podał myśl przemieszczania jelita z dodatkiem, iż sam dla braku odpowiedniego miejsca i urządzenia nie podejmie prób na zwierzętach, ale poleca je innym, zachęcony przez prof. Rydygiera zabrałem się wkrótce do doświadczeń; z jednéj strony bowiem rzecz nie przedstawiała się teoretycznie niemożliwą, z drugiéj strony dość ponętną, aczkolwiek w praktyce niezbyt często wskazaną. Myśl jest prosta i zrozumiała: w przypadkach, w którychby po resekcyi jelita, głównie grubego, odcinki nie dały się zbliżyć do siebie tak, aby je bezpośrednio zeszyć, radzi N. wyciąć z ruchoméj jakiéj pętli jelita cienkiego odpowiedniéj długości odcinek i pozostawiając go na jego kresce przemieścić go i wszyć w powstały ubytek.

Doświadczenia nasze w tym kierunku nie są jeszcze ukończone, to też, pozostawiając sobie ostateczne zdanie o rzeczy i obszerniejszy opis doświadczeń na później, wypowiadamy obecnie tylko co najważniejsze a dające się już wysnuć z doświadczeń dotychczas wykonanych; uwagi te pożądane może będą dla tych, którzyby zechcieli doświadczenia te powtórzyć, a ostrzegać mają zbyt śmiałych przed porywaniem się na ten zabieg u ludzi, wykazując niebezpieczeństwa, jakie okazały się możliwemi.

Już samo przemieszczenie i wszycie jelita jest zabiegiem nader ciężkim, potrzeba bowiem przytém 3 szwy jelitowe założyć, a każdy szew składa się z dwóch piąter, wymaga przy największéj wprawie do 30 minut czasu, tak, że operacyja ta na psie trwała z początku trzy godziny a i późniéj już po wprawieniu się jeszcze do 9 kwadransy; z 6 psów pozdechało 4 w pierwszych 24 godzinach z przyczyny samego urazu zadanego operacyją. A zważyć jeszcze należy, iż w przypadkach, w którychbyśmy na ludziach mieli tę operacyję wykonywać, będziemy mieli jeszcze poprzód rozległy nowotwór do wyłuszczenia i to zapewne nie luźno w jamie brzusznéj leżący, ale nieraz z otoczeniem mniéj lub więcéj ściśle zrośnięty; dodajmy, że na człowieku daleko skrupulatniéj i czyściéj pracować musimy, czyli innemi słowy nie mało stracimy czasu, aby w obec 6 otworów w różnych miejscach jelita nie dopuścić zetknięcia treści jelitowéj z otrzewną; że wreszcie przy sprawach nowotworowych jelit często dopiero wśród operacyi, t. j. przy otwartéj jamie brzusznéj wypadnie stagnujące masy kałowe wydalić, co również dziać się musi z pedantyczną ostrożnością, a sam już, przy swém niewielkiem doświadczeniu, widziałem, jak dla wydalenia 2ch dużych miednic kału stracono przeszło godzinę czasu; przeto nie będzie to może przesadą przypuścić, iż transplantacyja taka wykonana na człowieku, z powodu sprawy nowotworowéj, przy średniéj wprawie operatora i średnio licznéj i dobréj asystencyi, zajęłaby co najmniéj 3 godziny, często 4 a w więcéj zawikłanych przypadkach jeszcze więcéj czasu.

Dla umożliwienia sobie dalszych doświadczeń zmuszony będę zadowalać się nadal szwem pojedynczym a mam nadzieję, iż na psach, które daleko lepiéj od ludzi znoszą operacyje na jelitach, wystarczy i pojedynczy szew Lembertowski ściśle założony; czyby i na człowieku można się ewentualnie, gdyby metodzie N. już nic więcéj nie dostawało, na to odważyć, nie umiem powiedzieć.

Abstrahując od ciężkości urazu, jaki tą operacyją zadajemy, należy przedewszystkiém rozstrzygnąć pytanie, czy pętla przemieszczona należyte znajdzie odżywienie. I na to, teoretycznie najgłówniejsze, pytanie odpowiedzieć możemy, iż odżywienie dostateczne jest możliwe. Do tego jednak potrzeba nietylko najskrupulatniéj zachować dotąd ogólnie znane reguły przestrzegać się mające przy prostéj resekcyi jelita, ale i to uwzględnić, aby pętla jelita przemieszczona była dostatecznie długą, jak niemniéj, aby ją wziąć z dostatecznie odległego miejsca. W pierwszém naszém doświadczeniu, w którém tego nie przestrzegaliśmy tak ściśle, pies zdechł 9go dnia po operacyi, a przy sekcyi znaleźliśmy pętlę przemieszczoną ciemniéj zabarwioną, acz niekruchą, ale co ważniejsza, brzegi pętli wchodzące w szew uległy częściowo obumarciu i to dało powód do ogólnego zapalenia otrzewny. Uważamy nie tyle na bezwzględną długość pętli, ile na ilość naczyń większych w krezce pętli przebiegających, trzy większe pnie naczyniowe wystarczają do dostatecznego odżywienia, co zazwyczaj odpowiada 30—40m. długości pętli; braliśmy zaś ją w dalszych doświadczeniach ze samych początkowych zwojów jelita cienkiego.

O funkcyi jelita przemieszczonego nic jeszcze powiedzieć nie umiemy.

Niemałego wreszcie znaczenia jest jeszcze jedna okoliczność, któréj Nicoladoni nie przewidział, a którą przewidzieć nie było trudno, to jest iż po takiém przemieszczeniu jelita powstają szczeliny i kanały, przez które przedostają się wolne pętle jelit i tam nastąpić może uciśnięcie a nawet zupełne zaciśnięcie i zamknięcie światła. Sprawa ta wystąpiła nam też w jednym przypadku nader wybitnie i to na kilku pętlach jelita cienkiego. Częściowo można temu zapobiedz

[1]) *Archiv f. Heilkunde* rok 10, 1869. — [2]) *Wien. med. Presse*, 1887, Nr. 19, 20. — [3]) *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, T. 27, 1888, str. 238. — [4]) *Deut. med. Wochenschrift*, 1888, Nr. 24, str. 486.

przez zeszycie wolnych brzegów przeciętych krezek, ale tylko częściowo, gdyż między przemieszczoną pętlą, jego krezką i tylną ścianą jamy brzusznéj zawsze pewna przestrzeń wolna, z dwóch stron otwarta, pozostawać musi.

Mimo jednak tych stron ujemnych, jakie okazało już do téj chwili wykonanie praktyczne owego na pozór może świetnego pomysłu, mimo iż z 7 psów operowanych żaden nie przeżył 9tego dnia po operacyi a 4 z nich nawet pierwszych 24 godzin, mimo to jednak doświadczać jeszcze daléj myślimy téj metody operowania a to z powodu, iż najgłówniejsza rzecz, t. j. odżywienie pętli przemieszczonéj okazało się, jak dotychczas, możliwém.

Czcigodnemu szefowi memu, który mnie był łaskaw wspierać w téj pracy radą i czynem, jakoteż kolegom moim Drom Sondermayerowi, Rościszewskiemu i kand. med. Łepkowskiemu, którzy mi asystowali przy operacyjach, niech mi wolno będzie na tém miejscu wyrazić szczere podziękowanie.

V. Przyczynek do resekcyi szczęki górnéj.

Podał
Dr. A. Gabryszewski,
elew kliniki chirurgicznéj.

Jakkolwiek ogłoszenie kilku przypadków resekcyi szczęki górnéj, operacyj wykonanych znanym sposobem i z powodu zwykłych cierpień bez wprowadzenia jakiéjś nowości chirurgicznéj, zdawałoby się dziś zbytecznêm i niebudzącêm interesu, to jednak i z tak szczupłego materyjału wysnuć można pewne wnioski, a wyniki, jakie otrzymaliśmy, mogą już zaważyć na szali téj metody, jakiéj stale trzymaliśmy się. Rzecz zdawała się tém sposobniejszą, że świeżo mamy w pamięci w łamach *Berliner klinische Wochenschrift* 1888 Nr. 14 i 15, ogłoszoną pracę Küstera [1]), w któréj autor wśród wielu nowych i słusznych uwag wygłasza niektóre zapatrywania nie zupełnie trafne, a daje rady, na które trudno się zgodzić. W klinice naszéj mamy w ogóle nie wiele materyjału do téj operacyi; statystyka O. Webera [2]), według któréj na szczękę górną $^1/_{10}$ wszystkich guzów ciała człowieka przypada, do nas nie daje się zastosować, a rok ostatni jeszcze się bardzo korzystnie pod tym względem przedstawia [3]).

W bieżącym roku szkolnym wykonał prof. Rydygier pięć razy resekcyję szczęki górnéj, wyzyskując wszelkie nadarzające się przypadki, (dwie czy trzy osoby z bardzo daleko rozszerzonemi mięsakami, jako *casus inoperabiles*, odprawiono bez operacyi). Z liczby guzów nowotworowych, operowanych, były dwa chrząstniaki, dwa mięsaki, z których jeden mięsak wyrostka zębodołowego, mięsak rdzeniowaty Pageta), drugi mięsak drobnokomórkowy trzonu szczęki i jeden rak wychodzący z wyrostka zębodołowego i podniebienia twardego. W trzech przypadkach guzy zajmowały prawie całą szczękę górną, w dwóch przechodziły jéj granice, rozpoznanie ich nie przedstawiało ani razu trudności, całkowite wypiłowanie szczęki było u wszystkich wskazanem. Jak wiadomo nie jestto operacyja, do któréjby się z lekceważeniem zabierać można. Sam rękoczyn przedstawia poważne niebezpieczeństwo dla chorego, już z powodu wstrząsu, jużto znacznego nieraz krwotoku i ostréj niedokrewności, lub zaduszenia się krwią, jużteżto w skutek dołączającego się zapalenia płuc, wywołanego dostaniem się do dróg oddechowych rozpadłych cząstek rany, nie licząc częstych powrotów choroby, które większą część chorych z nowotworami złośliwemi, mimo operacyi, prowadzą do śmierci. Nie dziw też, że się tego groźnego zabiegu zrazu niemało obawiano.

Z drugiéj strony przyznać trzeba, że bardzo często chorzy dziwnie łatwo znoszą tę operacyję, a jakkolwick dopiero w r. 1827 Gensoul [1]) pierwszy odważył się dokonać całkowitego wypiłowania szczęki górnéj, później efektowne wyniki sprowadziły formalną rozrzutność temi resekcyjami, tak, że np. Maisonneuve poświęcał szczękę, aby następnie wyłuszczyć polipy nosogardłowe. Langenbeck ma zasługę, że przez wprowadzenie metody tymczasowego wypiłowania szczęki górnéj doprowadził te stosunki do właściwéj miary.

Statystyka śmiertelności skutkiem téj operacyi, która najlepiéj wyjaśnić powinna szanse, jakich przy resekcyi spodziewać się można, przedstawia się u różnych autorów bardzo rozmaicie. Dieffenbachowi [2]) nie umarł ani jeden z 32 operowanych, a Küster [3]) na 29 całkowitych resekcyj stracił 8. Wygląda to trochę rażąco, gdy sobie przypomnimy, że Dieffenbach umarł już w r. 1847, a Küster operuje w czasach pełnego rozwoju antiseptyki i aseptyki. Heyfelder [4]) zestawił 112 przypadków całkowitego wypiłowania szczęki górnéj, z których skończyło się śmiercią 26, z 187 zaś resekcyj częściowych 36 wzięło zły obrót. Lücke [5]) podaje, że z 20 operowanych przez Langenbecka dziesięciu umarło przy całkowitéj, z 28 jeden tylko przy częściowéj resekcyi szczęki górnéj. Jakkolwiek różne są podane cyfry, nie ulega wątpliwości, że śmiertelność w obec operowanych nowotworowych guzów szczęki jest bardzo znaczną: podany przez Rabego [6]) procent śmiertelności 29%, jeśli jest prawdziwy, stwierdzałby w zupełności wyniki Küstera, tj. 27% — a my naszemi 20% powinnibyśmy się cieszyć.

W obec takiego stanu rzeczy staraniem chirurgów było ochronienie chorych od możliwych niebezpieczeństw. — Aby zabezpieczyć operowanego od spływania krwi do dróg oddechowych, polecają jedni przedwstępne przecięcie tchawicy i wytamponowanie krtani (Nussbaum, Trendelenburg, Michael i inni) a Küster w wzmiankowanéj pracy twierdzi, że dziś chyba każdy chirurg tak postępuje. Prawda, że ma to nadto chronić od następowéj pneumonii, ale dodanie nowéj nieobojętnéj operacyi do drugiéj tak poważnéj jak resekcyja, wydaje nam się szkodliwém i zbytecznêm; gdyż i inaczéj zabezpieczyć można chorego od pneumonii, która, nawiasem mówiąc, Küsterowi szczególnie często zdaje się wydarzać. W naszych 5 przypadkach, których przebieg podajemy, nie było ani razu tego groźnego powikłania. Jeżeli się czuwa, aby chory przez kilka dni po operacyi spoczywał w postawie prawie siedzącéj, jeźli się ranę dokładnie gazą jodoformową wypełni, poda środek wykrztuśny, a usta skrzętnie płynem przeciwgnilnym przepłukiwać poleci, przebieg leczenia chyba bardzo wyjątkowo dołączającą się pneumoniją za-

[1]) *Ueber die Neubildungen des Oberkiefers und den Erfolg ihrer operativen Behandlung. Berliner klin. Wochenschr.* 1888, Nr. 14 i 15. — [2]) *Die Krankheiten des Gesichts. Handbuch der allg. u. spec. Chirurgie. Pitha-Billroth* S. 211, 1866. [3]) W trzech latach poprzednich wyszukałem tylko dwie całkowite i typowe resekcyje szczęki górnéj z powodu mięsaków, prócz tego zaś jednę osteoplastyczną z powodu polipów na podstawie czaszki i trzy częściowe, z których jedna z powodu raka wyrostka zębodołowego a dwie z powodu martwicy fosforowéj.

[1]) p. O. Weber j. w. J. F. Dieffenbach p. n. — [2]) *Die operative Chirurgie* 2 Bd., 1848, str. 43. — [3]) *Berl. klin. Woch.* j. w. — [4]) *Die Resection des Ober-Kiefers* 1857 *Monographie.* — [5]) p. O. Werter j. w. — [6]) Rydygier. Podręcznik chirurgii szczegółowéj.

burzonym zostanie; co się zaś tyczy krwotoku, grożącego drogom oddechowym, można się go inaczéj ustrzedz. Polecony przez Rosego sposób operowania na zwieszonéj głowie odpowiadałby celowi, ale utrudnia operacyję, a tamując odpływ krwi żylnéj sprawia czasem straszliwy krwotok.

Najlepszym wydaje się sposób operowania w postawie siedzącéj a w niezupełném znieczuleniu. Sposób, jakim się posługiwano wyłącznie i z najlepszym skutkiem w klinice Rieda w Jenie. Pierwsze cięcia wykonywa się w zupełnéj narkozie, dalszą część operacyi uskutecznia się w niezupełném uśpieniu, tak, że chorzy krew spływającą do krtani już odkrztuszać mogą. Zdawałoby się, że operacyja przy tém postępowaniu jest nader bolesną, fakta uczą inaczéj. Żaden z operowanych u nas nie oddziaływał tak dalece przy wykręcaniu szczęki, a jeśli który jęczał, to dopiero przy szyciu płatu skórnego.

To téż trzymaliśmy się tego sposobu we wszystkich naszych operacyjach i byliśmy najzupełniéj zadowoleni. Nadmienić wypada, że porządek poszczególnych aktów operacyi przy tém postępowaniu odstępuje nieco od skreślonego porządku Küstera i „typowego przebiegu" wielu podręczników. Oczywista akt pierwszy, przecięcie tchawicy odpada; akt trzeci (Küstera), przecięcie podniebienia twardego i oddzielenie go od miękkiego, musi być odłożonym na późniéj ze względu na krwotok do gardła, który przy głębokiéj narkozie mógłby wywołać zaduszenie. Dla tego téż przecięcie kości jarzmowéj i wyrostka jéj skroniowego, daléj wyrostka nosowego szczęki i ściany dolnéj oczodołu, po uprzedniém oddzieleniu okostny, które ma być aktem czwartym, u nas wykonywa się jako akt drugi. Gdy się rozpoczyna manipulacyja w jamie ustnéj, chory zwykle już wyszedł ze stanu głębokiego uśpienia i odruchowo wykrztusza spływającą do krtani krew, która zresztą przy lekkiém pochylaniu głowy ku przodowi i wycieraniu wacikami, wyjątkowo tylko w większéj ilości tam się dostaje. Dodatkowo jeszcze wspomnieć należy, że przy oddzielaniu płatu skórnego, co stanowi pierwszą część naszéj operacyi, unika się o ile możności przecięcia błony śluzowéj lica, pozostawiając sobie to na późniéj, przez co unikamy rychłego krwotoku do jamy ustnéj i dłużéj w pewnéj narkozie operować możemy.

Kiedy mówimy już o cięciu skórném, niech mi wolno będzie poświęcić słów kilka licznym metodom, jakiemi różni autorowie śród przecięcia części miękkich się posługiwali, różniąc się właśnie w tym tylko punkcie. Pomijając stare metody Gensoula, Guthriego, Rieda, Symego i innych [1]) o najrozmaitszych kształtach, (H, L, ∨, ∧, +), które dziś mają tylko historyczną wartość, obecnie jeszcze są w użyciu trzy sposoby; sposób Velpeaua, Langenbecka [2]) i t. z. zmodyfikowany sposób Dieffenbacha. Cięcie Velpeaua od kości licowéj do kąta ust prowadzone łatwo sprawia przecięcie przewodu Stenona, a bezwzględnie nie ochrania od przecięcia licznych rozgałęzień n. twarzowego. Cięcie Langenbecka ku dołowi łukowate, rozpoczynające się na kości licowéj, a kończące na boku nosa w miejscu zetknięcia się kostnéj i chrząstnéj jego części, pomijając, że nie usuwa wcale wad cięcia poprzedniego, nie zawsze daje dostateczny dostęp. Oba zaś te cięcia pozostawiają na twarzy duże i szpecące blizny, rzecz, z którą zawsze nieco, czasem bardzo, liczyć się wypada.

[1]) O. Weber j. w. i Dieffenbach j. w. — [2]) Cięcie Langenbecka według O. Webera przebiega od kości jarzmowéj do skrzydła nosowego, podobnie jak u Velpeaua, tak je podaje i Küster.

Cięcie Dieffenbacha zmienione, tak jak je O. Weber opisuje, które najprawdopodobniéj jest pierwotném cięciem Nélatona, a jak chce Küster modyfikacyją cięcia Dieffenbachowskiego przez Wilmsa [1]), usuwa wszystkie niedogodności poprzednich i témto cięciem posługiwaliśmy się z najlepszym skutkiem w naszych operacyjach.

Cięcie to, które rozpoczynamy poniżéj zewnętrznego kąta oka i prowadzimy wzdłuż dolnego brzegu oczodołu, zwraca się pod wewnętrznym kątem oka ku dołowi i przebiega w fałdzie nosopoliczkowym na dół, okrąża skrzydła nosowe i kończy się przedzieleniem górnéj wargi w środku jéj rowka (tj. cięciem Fergussona).

Szczególną zaletą cięcia tego jest, że daje nadzwyczaj dobry przystęp do wypiłowania szczęki, że pozostawia bardzo mało rażące blizny i małe zeszpecenie, a nadto, że przy tém cięciu żadnéj prawie gałązki n. twarzowego się nie przecina. I Küster używa tego sposobu, podnosząc szczególnie jego kosmetyczne zalety, na co i my w zupełności się zgodzić musimy — gdyż wszyscy nasi operowani nietylko oszpeceni nie zostali, ale istotnie zyskali daleko przyzwoitsze wejrzenie niż mieli przed operacyją. Jak zaś obszernie dozwala cięcie to wypiłować kości twarzowe, przekonywa nasz drugi i czwarty przypadek, w których mogliśmy bez jakichś dodatkowych cięć wydłutować znaczną część zajętéj sprawą chorobową szczęki drugiéj w przypadku 2, a posunąć się aż do wyrostka licowego kości czołowéj w przypadku 4-tym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wycięcie II i III gałęzi nerwu troistego przy otworze okrągłym i jajowatym sposobem Krönleina.

Podal
Dr. Rościszewski
prywatny asystent prof. Dra Rydygiera.

Rozprawy na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie okazały, że wycięcia II i III gałęzi n. troistego w ogóle dotąd dokonywano rzadko, a przytém prawie każdy z operatorów robił tę operacyję według innéj, często swéj własnéj metody. Dla tego téż uważam, że podanie nawet jednego przypadku w tym dziale może być użytecznėm, gdyż jedynie za pomocą szerszych doświadczeń będzie można po-

[1]) Ciekawie istotnie przedstawia się cała historyja tego cięcia Dieffenbacha i jego modyfikacyj, a posłużyć téż może jako ilustracyja wzajemnych stosunków naukowych Niemiec i Francyi. Ostatnia pogadanka Billrotha z Verneuillem z okazyi Kongresu chirurgów francuskich w Paryżu b. r. nie była bezpodstawną w zarzutach obopólnych, dodaćby do niéj można tę tylko uwagę, że przyganiał kocioł garnkowi.

I tak czytamy w dziele Dieffenbacha „*Die oper. Chirurgie* 2 Bd. S. 38 opis jego pierwotnéj metody, tak jak w ogóle jest znaną, podczas gdy Nélaton w swych „*Elements de pathologie chirurgicale* T. 4, str. 665, podaje to cięcie, jako cięcie Maisonneuva. Sposób, jakim myśmy operowali, opisuje Nélaton jako swój własny pomysł. Löbker (*Chirurg. Operationslehre* s. 219) przyznaje Nélatonowi tylko modyfikacyję cięcia Dieffenbachowskiego a Otton Weber (*Handbuch der allg. u. spec. Chirurg.* j. w.) podaje je jakby swoje. Jeżeli jeszcze dodamy, co już wspominaliśmy, że Küster przyznaje modyfikacyję tą Wilmsowi, będziemy mieli istną wieżę Babel. Być może, że kilku autorów równocześnie na myśl tę przyszło, zdaje się jednak, że o ile Nélaton krzywdzi Dieffenbacha, o tyle Nélatonowi dzieje się niesprawiedliwość w Niemczech, tylko Velpeau i Langenbeck wyszli cało i są poszanowani u jednych i drugich.

czynić pewne wnioski tak co do wskazania jak i metody operacyjnéj.

Wskazanie do téj operacyi stanowią nerwobóle w zakresie II i III gałęzi n. troistego. Są one, jak wiadomo, czasem tak gwałtowne, że chorzy nawet samobójstwem kończą nieznośne cierpienia. Środki wewnętrzne, elektryczność itp. często zawodzą, pozostaje więc w takim razie tylko jedna droga, t. j. drogą operacyjną raz na zawsze siedzibę choroby usunąć. Zabieg operacyjny stósować się winien do tego, czy bóle pochodzą z obwodowych części nerwu, czy z części położonéj w przewodzie kostnym, w którymto razie przyczyną bolów mają być zmiany anatomiczne w samym nerwie, lub też w przewodzie kostnym, przez który nerw przebiega i ucisk przez te zmiany na nerw wywarty, czy wreszcie w części w saméj czaszce się znajdującéj. W pierwszym razie wystarczy wycięcie części obwodowych nerwu, w drugim trzeba wyciąć nerw tuż przy jego wyjściu z czaszki, w ostatnim naturalnie żadnego zabiegu operacyjnego podjąć nie można. Wycięcie obwodowych części nerwów jest operacyją dość łatwą, wycięcie zaś tuż przy czaszce ma do walczenia ze znacznemi technicznemi trudnościami; to też nie można się dziwić, że pomimo tak małéj liczby tych operacyj dotąd wykonanych tyle powstało metod.

I tak Langenbeck radzi zrobić osteoplastyczną resekcyję szczęki górnéj, aby dojść do dołu klinowo szczękowego; metoda ta daje dostęp dość dobry, ale jest bardzo obrażająca. Lücke (Lossen, Braun) odpiłowuje tymczasowo łuk licowy — przy téj metodzie jest dobry przystęp tylko do otworu okrągłego, a nie jajowatego. Grisson podaje z kliniki chirurgicznéj w Rostocku (*Berl. klin. Woch.* 1887, Nr. 52) 5 przypadków neurektomii, z których 4 wykonało sposobem Lückego. Przytém powiada, że u osób tłustych, z szerokiemi kośćmi twarzowemi, było bardzo trudno operować, a przytém przy najlżejszém krwawieniu w głębi tak nic nie było widać, że radzi podzielić operacyję na dwie części, tj. po dojściu do podstawy czaszki i wycięciu nerwu ranę wytamponować i dopiero po 2—3 dniach operacyję ukończyć. Jako zaletę téj operacyi dwuczasowéj podaje i to, że może zajść pomyłka, czy kawałek wycięty jest rzeczywiście nerwem, którą to pomyłkę można przy drugiéj operacyi naprawić. Pancoast poleca oddzielić przyczepienie mięśnia skroniowego od wyrostka wroniastego, wyrostek ten resekować i następnie pod łukiem licowym dojść do podstawy czaszki. Téj metodzie zarzuca znowu i słusznie Krönlein, że daje bardzo mało miejsca i dla tego połączył metodę Lückego i Pancoasta i uzyskał przez to sposób, za pomocą którego można stosunkowo dość łatwo uzyskać przystęp tak do otworu jajowatego jak i okrągłego. Metodę tę opisano w *Przegl. Lek.* (w r. 1887 Nr. 8) podając równocześnie opis przypadku operowanego przez prof. Rydygiera w grudniu 1886 r.; pomijam tedy jéj opis. Mikulicz znowu podaje inny sposób wycięcia III gałęzi, a mianowicie za pomocą tymczasowéj resekcyi gałęzi wstępującéj szczęki dolnéj. Chorego w ten sposób z dobrym skutkiem operowanego przedstawił na posiedzeniu krakowskiego Towarzystwa Lekarsk. d. 26 stycznia 1887 r. Salzer wreszcie radzi na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie w celu wycięcia III gałęzi przy otworze jajowatym zrobić cięcie łukowate powyżéj łuku licowego aż do kości, tymczasowo resekować kość licową i następnie tępo preparując dojść do otworu jajowatego. Ponieważ sposób Krönleina daje bardzo dobry przystęp do obu otworów, tak okrągłego, jakotéż jajowatego, o czém już w r. 1886 na wyżéj wspomnianym przypadku miał prof. Rydygier sposobność się przekonać, przeto wybrał go także u choréj, któréj krótką historyję choroby poniżéj podaję:

Pani O., l. 70, wdowa, osoba dobrze zbudowana i odżywiona, z podściółką tłuszczową bardzo znaczną, cierpi od lat 20 na silne nerwobóle w zakresie II i III gałęzi nerwu troistego po stronie lewéj. Przed 5 laty wycięto u niéj nerw poniżéj oczodołu. Bóle ustały, lecz po 2 latach wróciły i chora po 3 latach nowych cierpień prosiła o ponowną operacyję, którą prof. Rydygier wykonał d. 26 maja 1888 sposobem Krönleina. W jednym tylko punkcie nie trzymano się przepisu Krönleina, a mianowicie nie podwiązano tętnicy oponowéj średniéj, gdyż bez jéj obrażenia można było nerw odciąć; do oddzielania kości używano wyłącznie dłuta. Po odszukaniu i wycięciu nerwów zeszyto kości grubym katgutem, zaszyto ranę zewnętrzną, założono sączek i opatrunek przeciwgnilny. Na drugi dzień po operacyi wystąpił dość znaczny obrzęk na lewéj stronie twarzy, prawdopodobnie pochodzący od wynaczynionéj krwi. Obrzęk ten po kilku dniach zupełnie ustąpił. Dalszy przebieg był zupełnie prawidłowy, wydzieliny mierna ilość. Bólów żadnych od dnia operacyi chora nie doznaje, skarży się tylko na trudność przy otwieraniu ust, trudność ta nie jest jednak znaczną, gdyż mówić i jeść chora może dobrze. Po lewéj stronie twarzy jest czucie znacznie upośledzone, a na płacie prawie zupełnie zniesione. O ile te niedogodności się zmniejszą, dopiero dalszy przebieg okaże.

Opierając się na tym i wyżéj wspomnianym drugim przypadku, operowanym przez prof. Rydygiera, można metodę Krönleina tylko zalecić, gdyż przystęp do obu gałęzi jest bardzo dobry, krwawienie bardzo małe, zeszpecenie bardzo nieznaczne. Pomimo tego, że osoba ta miała kości grube i szerokie, tłuszczu ilość bardzo znaczną, warunki więc były niekorzystne, można było nerwy bardzo dobrze odszukać i oddzielić, tak, że pomyłka, jakiéj się Grisson przy metodzie Lückego obawia, tutaj się wcale zdarzyć nie może.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 czerwca. W sobotę d. 30 bm. o godzinie 11éj przed południem odbędzie się uroczyste poświęcenie kamienia węgielnego pod budowę kliniki chirurgicznéj. Z powodu i w pamiątkę téj uroczystości Komisyja redakcyjna, czyniąc zadość życzeniu prof. Rydygiera, uchwaliła, aby Numer niniejszy *Przeglądu Lek.* mieścił w sobie same prace chirurgiczne, pochodzące z tutejszéj kliniki chirurgicznéj i dokonane pod kierunkiem profesora. Razem z innemi pismami miejscowemi numer ten umieszczony będzie w puszce, do któréj włożony zostanie i akt następującéj treści, opatrzony podpisami wszystkich profesorów wydziału lek. oraz obecnych gości:

„Bogu na chwałę, ludziom na pożytek. Działo się w Krakowie roku od urodzenia Chrystusa Pana tysiącznego ośmsetnego ośmdziesiątego ósmego, dnia 30 miesiąca czerwca, gdy nad monarchiją austryjacko-węgierską, tudzież nad królestwem Galicyi i Lodomeryi z W. Ks. Krakowskiém panował najmiłościwiéj Najjaśniejszy Cesarz i Król Franciszek Józef I., potężny opiekun i obrońca najdroższych praw i skarbów narodowych, biskupem krakowskim był natenczas JEksc. najprzewielebniejszy JM. ksiądz Albin Dunajewski, Namiestnikiem cesarskim JEksc. Filip Zaleski, marszałkiem krajowym JEksc. hr. Jan Tarnowski, rektorem Uniwersytetu zaś był przewielebny JM. ksiądz Stanisław Spis, św. teologii doktór i kanonik katedralny krakowski, delegatem c. k. Namiestnika i c. k. Starostą w Krakowie JW. hr. Kazimierz Borkowski, a burmistrzem miasta Krakowa JW. Feliks Szlachtowski, doktór obojga praw, — że założony i poświęcony był kamień węgielny pod tę nową budowę, przeznaczoną na klinikę chirurgiczną Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Kiedy w skutek zarządzonéj przez Komisyję edukacyjną reformy naszéj Szkoły Głównéj, a w szczególności Wydziału nauk przyrodniczych i lekarskich powstały kliniki w roku 1780,

klinika chirurgiczna mieściła się wraz z kliniką lekarską i położniczą w gmachu pojezuickim przy Małym Rynku, znanym jako Collegium św. Barbary; kliniki te nosiły nazwę Szkoły lekarskiéj i cérulicźej albo Szpitalu akademickiego, a zostawały pod zarządem i nadzorem Uniwersytetu. Ponieważ miejsce to okazało się zupełnie nieodpowiedniém celowi, przeto za staraniem Uniwersytetu Komisyja edukacyjna uchwaliła przenieść Kliniki z obrębu miasta i umieścić je w najzdrowszém z położenia swego przedmieściu zwaném Wesołą, mianowicie zaś w istniejącym tamże klasztorze OO. Karmelitów bosych, przeniesionych w tym celu do klasztoru św. Michała przy ulicy Poselskiéj. Stało się to w kwietniu 1788 r. Gdy jednak w dziesięć lat potém kliniki te zamieniono na szpital pod wezwaniem św. Łazarza, przeznaczając w tym szpitalu tylko kilka, a późniéj kilkanaście łóżek dla kliniki lekarskiéj i chirurgicznéj, Uniwersytet począł dokładać starań, ażeby zakłady kliniczne jak najrychléj umieszczone być mogły w osobnym domu.

Zamiar ten wykonanym jednak dopiero został w r. 1827. Kliniki przeniesiono do domu z ogrodem, należącego poprzednio do rozwiązanego właśnie wtenczas Towarzystwa wolnych mularzy, na przedmieściu Wesoła Nr. 45 (dziś ulica Kopernika Nr. 9). Dom ten darowany w roku poprzednim 1826 Uniwersytetowi, urządził własném staraniem na kliniki prof. Dr. Józef Brodowicz. Uroczysta inauguracyja nowych klinik nastąpiła d. 22 listopada 1827 r. Z biegiem czasu jednak, gdy liczba tak uczniów, jak chorych wzmagać się poczęła, pomieszczenie to okazało się niedostateczném, a w ostatnich kilku latach znalazła się klinika chirurgiczna w najsmutniejszém położeniu ze wszystkich Zakładów uniwersyteckich; mieszcząc się bowiem w lokalu obliczonym na kilkunastu uczniów, musiała zadość czynić potrzebom naukowym przeszło 150 uczniów, dla chorych zaś ilość łóżek nie wystarczała, tak, iż musiano kłaść ich na ziemi. W takim stanie rzeczy Senat akademicki i Wydział lekarski uczynił przedstawienie Wys. Rządowi, iż zachodzi nagląca potrzeba wybudowania osobnego domu na pomieszczenie wszystkich klinik. Uznając tę potrzebę postanowiono dom taki wybudować na gruntach szpitala św. Łazarza, późniéj jednak co do kliniki chirurgicznéj odstąpiono od tego zamiaru i zakupiono osobną realność, dziś pod Nr. 42 przy ulicy Kopernika, na któréj właśnie rozpoczyna się budowa osobnego, postępom nauki odpowiedniego gmachu kliniki chirurgicznéj. Stało się to za zezwoleniem miłościwie panującego Monarchy, udzieloném d. 6 kwietnia 1888 r., za przychylném poparciem JEksc. Ministra Wyznań i Oświaty Dra Pawła Gautscha v. Frankenthurn, tudzież JEksc. Ministra Skarbu Dra Julijana Dunajewskiego, naszéj Szkoły niegdyś rektora i profesora, wreszcie za poparciem władz rządowych krajowych i miejscowych. Rozpoczęła się tedy budowa według planów zrobionych przez Józefa S a r e g o, c. k. inżynijera, krakowianina. Roboty prowadzą architekci krakowscy Karol K n a u s, radny miasta i Tadeusz S t r y j e ń s k i, pod nadzorem Komitetu budowy, w którego skład wchodzą: Delegat c. k. Namiestnictwa hr. Kazimierz B o r k o w s k i, c. k. radzca budownictwa Jan M a t u l a, dziekan Wydziału lekarskiego Dr. Napoleon C y b u l s k i, profesor fizyjologii, Dr. Ludwik R y d y g i e r, profesor chirurgii, autor planów Józef S a r e, jako kierownik techniczno-artystyczny, wreszcie Rainer S o p u c h, c. k. praktykant budownictwa jako inspicyjent budowy. O czém dla pamięci pokoleń potomnych sporządzony został akt niniejszy, włożony do kamienia węgielnego i razem z nim wmurowany do podwaliny gmachu, który niechaj służy Bogu na chwałę, krajowi i ludziom na pożytek. Aktu poświęcenia kamienia węgielnego dopełnił przewielebny JM. ksiądz Władysław Chotkowski, św. teologii doktór, dziekan i profesor Wydziału teologicznego, deputowany do parlamentu wiedeńskiego, w obecności podpisanych".

* S p i s p r o f e s o r ó w c h i r u r g i i w K r a k o w i e.

1. Rafał Józef C z e r w i a k o w s k i, pierwszy profesor chirurgii, urodził się pod Pińskiém r. 1743. W Rzymie otrzymał stopień doktora r. 1776. Wezwany do Wilna na katedrę chirurgii, a ztamtąd do Krakowa w listopadzie r. 1779, gdzie w r. 1780 został profesorem chirurgii i położnictwa. Klinika wtenczas miała 10 łóżek. Na żądanie profesora dodano mu pomocnika w osobie Fr. Kosteckiego. Czerwiakowski ustąpił jako wysłużony z początkiem r. 1803; umarł 5 lipca 1816 r. Napisał: Narząd opatrzenia chirurgicznego tomów VI; ostatni tom wyszedł w rok po jego śmierci.

2. Jan Nep. R u s t, urodził się r. 1775 na Śląsku austryjackim. Doktorem chirurgii został w Pradze r. 1800, a w r. 1802 profesorem anatomii w Ołomuńcu. Do Krakowa przeniesiony r. 1803 na profesora chirurgii pełnił obowiązki do r 1808, t. j. aż do nastania Księstwa Warszawskiego; ustąpił na własne żądanie. Wykład miał niemiecki dla medyków; dla chirurgów niższych wykładał po polsku Dr. Dolasiński. Klinika na on czas liczyła 12 łóżek.

Po Ruście był szereg zastępców, a mianowicie Dr. Wojciech Ż e r d z i ń s k i, Dr. L o h r, K o r d e, Dr. R u d n i c k i, Dr. S t u m m e r, mag. F i j a ł k o w s k i.

3. Dr. Sykstus L e w k o w i c z urodził się na Żmudzi r. 1775. Kształcił się w Wilnie; w r. 1807 udał się do Wiednia, gdzie 2 lata kształcił się w chirurgii, położnictwie i okulistyce. W r. 1809 wstąpił do wojska francuskiego i służył w legii nadwiślańskiéj. W Hiszpanii ogłosił opis swych kleszczy na kamień moczowy, w r. 1811 został profesorem honorowym w Walladolidzie. W sierpniu 1811 mianowany profesorem chirurgii w Krakowie dowiedział się o tém dopiero 1812 r. pod Smoleńskiem. Nie przybył atoli do Krakowa aż w r. 1815. W 8 miesięcy dla innych widoków opuścił posadę profesora, a K o r d e przejął zastępstwo, a po 4ch latach Lewkowicz wrócił i teraz już piastował swój urząd aż do r. 1829. Umarł r. 1838. Ogłosił dość liczny szereg prac. Klinika miała wtenczas 8 łóżek dla chirurgi a 4 dla położnictwa.

Od r. 1829 do r. 1831 zastępował profesora chirurgii

4. Dr. Ludwik B i e r k o w s k i, urodził się w Bninie w W. Ks. Poznańskiém r. 1801. Zrazu zajmował się agronomiją, potém uczył się medycyny w Berlinie; w Jenie uzyskał dyplom doktora filozofii r. 1828, a w Lipsku medycyny i chirurgii. W r. 1830 został za poleceniem Rusta powołany do Krakowa na profesora chirurgii, objął katedrę w r. 1831 a umarł 1860 r. Wydał on obszerne dzieło z atlasem: *Anatomisch chirurgische Abbildungen nebst Darstellung und Beschreibung der chirurgischen Operationen.* Berlin, 1827 i ogłaszał roczniki z kliniki, on téż otworzył ambulatoryjum kliniki chirurgicznéj i założył gabinet anatomo-patologiczny.

5. Antoni B r y k był już za naszéj pamięci profesorem chirurgii od r. 1860—1881; ur. w Dubiecku, nauki lekarskie pobierał w uniwersytecie wiedeńskim, gdzie 1846 r. otrzymał dyplom doktorski. Ogłosił liczny szereg prac w języku polskim i niemieckim.

Po Bryku zastępował O b a ł i ń s k i profesora chirurgii przez rok szkolny 1881/82.

6. Jan M i k u l i c z ur. w Czerniowcach 1850 r., był profesorem od r. 1882—1887, obecnie profesorem chir. w Królewcu.

7. Ludwik R y d y g i e r urodzony w r. 1850 w Chełmińskiém, jest profesorem od r. 1887.

VIII. Zjazd V lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Dotychczas zgłosiło się już z saméj Warszawy przeszło 40 uczestników zjazdu. — Dr. Merunowicz bawił w sprawie zjazdu w Warszawie i w Poznaniu. — Prezydent miasta wystosował do mieszkańców Lwowa odezwę w sprawie odstąpienia dla członków zjazdu mieszkań bezpłatnie lub też za cenę umiarkowaną Zgłoszenia przyjmują komisaryjaty do 10 lipca. — Postanowiono, że wycieczka główna odbędzie się na Beskid, następnie pieszo do Ławocznego, zkąd przez Stryj do Iwonicza. Wycieczka do Podhorzec nie odbędzie się z powodu nowego rozkładu jazdy na kolei Karola Ludwika, który uniemożliwia, ażeby wycieczka odbyć się mogła w jednym dniu, a ponieważ trudno z góry przewidzieć, czy zbierze się na tę wycieczkę 150 osób, nie można więc zamawiać specyjalnego pociągu spacerowego. — Natomiast odbędzie się 20 lipca gremijalna wycieczka do Lubienia, dokąd zaprosił wszystkich członków zjazdu właściciel Lubienia baron Brunicki. Wyjazd ze Lwowa (i napowrót) odbędzie się pociągiem spacerowym do Gródka, a ztamtąd podwodami do Lubienia. — Dr. Dunikowski wykończył już „Przewodnik wycieczkowy", zawiera on pogląd na cały kraj i traktuje obszernie stosunki geologiczne w Galicyi. — Biuro zjazdu od 5 lipca funkcyjonować będzie w specyjalnie na ten cel wynajętym lokalu

w hotelu warszawskim na Iszém piętrze. — Do zarządów kolei Karola Ludwika, kolei lwowsko-czerniowieckiéj i państwowéj wystosował wydział gospodarczy powtórnie podanie z prośbą o możliwe ustępstwa dla członków zjazdu i spodziewać się należy, że zarządy tych kolei przychylą się do téj prośby, ile że koleje obce przyznały bardzo znaczne ustępstwa, jak np. kolei warszawsko-wiedeńska opust 50%. — Zjazd zapowiada się świetnie. — Wystawa higijeniczno-przyrodnicza i posiedzenia sekcyjne odbywać się będą najprawdopodobniéj w gmachu gimnazyjum Franciszka Józefa, a główne zgromadzenie w sali ratuszowéj.

Program Zjazdu:

We wtorek 17 lipca. Poufne zebranie towarzyskie celem wzajemnego poznania się w lokalnościach Kasyna miejskiego (ul. Akademicka 13) o godzinie 8½ wieczorem. We środę 18go lipca. O godzinie 10éj przed południém: Otwarcie Zjazdu, pierwsze Walne Zgromadzenie w wielkiéj sali ratuszowéj. O godzinie 4éj popołudniu: Otwarcie Wystawy higijeniczno-lekarskiéj i dydaktyczno-przyrodniczéj. Wieczorem: Koncert w ogrodzie miejskim, w razie niepogody zebranie w salonach Koła literackiego. We czwartek 19 lipca. O godzinie 9 rano: Posiedzenia sekcyjne. O godzinie 4 popołudniu: Posiedzenia sekcyjne. Wieczorem: Recepcyja dana przez reprezentacyję miasta Lwowa w wielkiéj sali ratuszowéj. W piątek 20 lipca. O godzinie 9éj rano: Posiedzenia sekcyjne. Popołudniu: Zwiedzenia osobliwości m. Lwowa, szpitali, zakładów i zbiorów naukowych oraz wycieczki w okolice: do Dublan, Kulparkowa itd. Wieczorem: Zabawa ogrodowa na Wysokim Zamku, w razie niepogody wieczorek w Kasynie miejskim. W sobotę 21 lipca. O godzinie 10éj rano drugie Walne Zgromadzenie i zamknięcie Zjazdu. Wieczorem uczta dana przez Wydział gospodarczy. W niedzielę 22 lipca. Wycieczki: 1) do Podhorzec, 2) do Drohowyża, 3) do Iwonicza, 4) przez Kołomyję do Słobody rungurskiéj i na Czarnohorę, 5) w Beskid przez Skole do Ławoczny. Szczegółowy program ogłoszony będzie w Nrze Iym „Dziennika Zjazdu", który wyjdzie dnia 17go lipca br. Nadto wyjdzie „Przewodnik po Lwowie" a dziennik Zjazdu wychodzić będzie pod redakcyją prof. Szpilmana.

* **Wiadomości osobowe.** W majowym terminie złożyli w Krakowie egzamin państwowy, uprawniający do posad w służbie publicznéj lekarskiéj pp. Drowie Stanisław Balicki, Czesław Górski, Karol Kramarzyński i Wiktor Żelazowski, lekarze praktykujący w Krakowie, oraz Dr. Ludwik Teltsch z Berna morawskiego i Dr. Franciszek Żukotyński z Bóbrki w Galicyi.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 25: Jawdyńskiego: Przypadek raka pierwotnego szyi t. z. raka skrzelowego Volkmanna. Wycięcie; wyzdrowienie; Jaworskiego: Sokotok, nieżyt kwaśny i wrzód żołądka (dok.); Przedborskiego: Nieżyt przewlekły nosa (c. d.). — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 11: Szumana: Spostrzeżenia dotyczące znieczulania za pomocą bromku etylu; Drobnera Przypadek t. zw. płonicy chirurgicznéj.

Kolonije wakacyjne dla dzieci krakowskich. Po trzechletniém u nas istnieniu kolonij wakacyjnych, uwieńczoném tak świetnemi wynikami pod względem sanitarnym, nie potrzeba, zdaje się, zaznajamiać ogółu z tą tak pożyteczną instytucyją. Pożytek jéj uznany w licznych miastach zagranicznych i polskich, w których kolonije wakacyjne szersze niż u nas przybrały rozmiary, jak również nader pomyślne wyniki, już u nas otrzymane, skłaniają Komitet Towarzystwa kolonij wakacyjnych w Krakowie do odezwania się do ofiarności publicznéj. Dotychczas pozwalały fundusze wysyłać corocznie tylko 40 dzieci w dwóch partyjach po 20 na cztery tygodnie; liczba to w porównaniu z liczbą potrzebujących i uczęszczających do szkół krakowskich, bardzo mała. Chociaż zatém w ostatnich czasach często zachodziła potrzeba odwołania się do serc litościwych, Komitet Towarzystwa kolonij wakacyjnych nie waha się uczynić tego, zwracając uwagę, że Towarzystwo to w dwojaki sposób przychodzi z pomocą ubogiéj ludności: wysyłając na własny koszt dzieci ubogich rodziców, ulżywa tym ostatnim przez cztery tygodnie ciężaru utrzymania dzieci, a powtóre wysyłając na wieś dzieci słabowite, których zdrowie w ciągu roku szkolnego podkopane zostało i umieszczając je wśród warunków higijenicznych, niewątpliwie ułatwia powrót ich do czerstwości, daje podwalinę, aby późniejsze generacyje były zdrowsze, silniejsze, oporniejsze na wpływy chorobotwórcze. I moralna też strona odnosi przez pobyt w kolonijach korzyści, dzieci bowiem zostają tam ciągle pod wytrawnym pedagogicznym kierunkiem, co, mimo krótkiego czasu, niewątpliwie przyczynia się do wykorzenienia bądź nauką bądź przykładem wad, które uchodzą uwagi rodziców, zajętych troską o chleb powszedni. Trudno też zaprzeczyć i pewnemu cywilizowanemu wpływowi kolonij na ogół ludności ubogiéj. Dzieci przyzwyczajone w kolonijach do porządku, czystości, regularnego trybu życia, niezawodnie opowiadają o tém za powrotem rodzicom, i drogą tą dochodzi do świadomości ogółu wiele zdrowych zasad. Obok tych korzyści wypada jeszcze zwrócić uwagę na to, jak wielką sprawiamy dzieciom radość wysyłając je do kolonij, dzieciom, które nieraz już w młodym wieku walczyć muszą z niedostatkiem i przeciwnościami, a które może i w przyszłości czekają ciężkie koleje losu. Kto raz był obecnym przy wyborze dzieci do kolonij, kto widział radość przyjętych, a smutek tych, którym komitet li dla braku funduszów zmuszonym był przyjęcia odmówić, lub kto widział żal powracających za minionemi chwilami, którego nawet myśl o powrocie do rodziców i widok ich na dworcu nie przytłumia, kto wie o prośbach dzieci, aby je na drugi miesiąc w kolonijach pozostawić, ten niewątpliwie zapragnie przyczynić się do uszczęśliwienia młodego pokolenia i nie zostanie głuchym na prośbę, którą Komitet Towarzystwa niniejszém do publiczności zanosi, aby przystępowaniem do Towarzystwa (składka roczna członków wynosi 2 złr.), lub jednorazowemi ofiarami przychodziła w pomoc Komitetowi. Czas wakacyj nadchodzi, każdy myśli o wyjeździe z miasta, o rozrywce swych dzieci, niech też pomyśli o ubogich i o ich dziatkach, a mając na uwadze wspomniane korzyści choćby skromną ofiarą przyczyni się do umożliwienia pobytu na wsi przynajmniéj części dzieci ubogich. W nadziei, że odezwa ta znajdzie silny odgłos w sercach miłosiernych, donosimy, że zgłoszenia na członków i składki jednorazowe przyjmują podpisani oraz administracyje pism codziennych krakowskich.

Dr. Kazimierz Grabowski, sekr. kom. Tow. kol. wak. *Edward Wojnarowicz,* prezes Tow. kol. wak.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.